



PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/98636>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-06 and may be subject to change.

Kom communiceren

INAUGURELE REDE DOOR PROF. DR. A.M. VAN DULMEN

Radboud Universiteit Nijmegen



INAUGURELE REDE

PROF. DR. A.M. VAN DULMEN



De waarde van een goed gesprek met arts of verpleegkundige is onomstreden. Empathie, een luisterend oor en begrijpelijke informatie bevorderen zelfmanagement, betrokkenheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en dragen bij aan tevredenheid en gezondheid. Goede communicatie blijkt echter mak-

kelijk noch vanzelfsprekend. Het kost veel zorgverleners moeite hun communicatie af te stemmen op de behoefte aan informatie en aandacht van de patiënt. Patiënten zelf doen van hun kant weinig moeite hun behoeften kenbaar te maken: mondigheid en ziek zijn gaan namelijk niet goed samen. En hoewel communicatie weinig kost, sneuvelt ze vaak door gebrek aan tijd en geld. Nieuwe communicatiemiddelen hebben de toekomst, maar zijn nog onvoldoende getest en ingebed in de zorg. Dit vraagt om meer onderzoek naar wie het meeste gebaat is bij welke vorm van contact. Investeren in communicatie loont, maar wordt nog onvoldoende beloond.

Prof. dr. A.M. (Sandra) van Dulmen (1961) is in 1987 aan de Radboud Universiteit Nijmegen afgestudeerd in de klinische psychologie (cum laude). In 1996 promoveerde zij op het proefschrift *Exploring cognitions in irritable bowel syndrome: implications for the role of the doctor*. Sinds 1995 werkt ze bij het NIVEL te Utrecht, eerst als onderzoeker, sinds 1999 als programmaleider op het terrein van communicatie in de gezondheidszorg. Sinds 1 januari 2012 is zij vanwege het NIVEL aangesteld als bijzonder hoogleraar communicatie in de gezondheidszorg aan de Radboud Universiteit Nijmegen, afdeling Eerstelijns geneeskunde, UMC St Radboud en sinds 1 april 2012 tevens als professor aan Buskerud University College in Drammen, Noorwegen.

KOM COMMUNICEREN

Voor Lies en Lot

‘Goh’, zei hij tijdens een van onze befaamde keukentafelgesprekken, ‘zou je niet eens iets anders dan communicatie gaan onderzoeken?’ ‘Nee, papa, onderzoek naar communicatie in de gezondheidszorg blijft altijd nodig.’

Kom communiceren

*Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Communicatie in de
Gezondheidszorg aan de Radboud Universiteit Nijmegen/ het UMC St Radboud op vrijdag
28 september 2012*

door prof. dr. A.M. van Dulmen

Vormgeving en opmaak: Nies en Partners bno, Nijmegen
Fotografie omslag: Bert Beelen
Drukwerk: Van Eck & Oosterink

© Prof. dr. A.M. van Dulmen, Nijmegen, 2012

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

PROLOOG

Mijnheer de rector magnificus, geachte dames en heren, lieve vrienden en familie

Er is iets wonderlijks aan de hand in zorgzaam Nederland; het gesprek tussen arts en patiënt is herontdekt. Het zou – niet volgens de minsten – overbehandeling tegengaan, zorgkosten omlaag brengen en zelfs de kwaliteit van leven van patiënten verbeteren. Daarvoor is het, om met Ab Klink te spreken (De Volkskrant, 23 juni 2012), wel nodig dat zorgverzekeraars ook gesprekken met patiënten gaan belonen en niet alleen per diagnose-behandelcombinatie afrekenen. Steeds meer deskundigen scharen zich achter het standpunt dat meer tijd om te communiceren met patiënten voor alle betrokkenen een uitkomst zou zijn. Tegelijkertijd wordt op het aantal persoonlijke contacten met patiënten steeds meer beknipt; huisartsenposten worden immers overspoeld met niet-acute zorgvragen (waarbij even vergeten wordt dat wellicht de ernst van de klachten geen acute aandacht behoeft, maar de ongerustheid van de patiënt daaromtrent wel) en arts-patiëntgesprekken voltrekken zich steeds meer via virtuele kanalen in plaats van achter de gesloten deuren van de spreekkamer.

Om deze schijnbare tegenstelling op een wetenschappelijk gefundeerde wijze het hoofd te bieden, ga ik de komende drie kwartier met u communiceren. Ik ga met u communiceren over communicatie in de gezondheidszorg. Ik doe dat in de veronderstelling dat u naar mij luistert, dat u begrijpt waarover ik spreek, dat u er iets van opsteekt en dat ik uw verwachtingen omtrent mijn voordracht waarmaak. Bovendien doe ik dit naar eigen eer en geweten, binnen mijn eigen vermogens en in een daartoe geëigende ruimte. Al deze gedachten, overwegingen, gevoelens en omstandigheden verlenen betekenis aan wat ik u ga vertellen. Het vormt, met andere woorden, de context waarin mijn voordracht zich voltrekt en die maakt wat u ervan mee naar huis neemt. Context geeft - niet anders dan in de spreekkamer van een arts - betekenis aan een boodschap en draagt bij aan het effect dat die boodschap op ons heeft. We zijn ons – als patiënt of als zorgverlener – niet altijd bewust van de aanwezigheid en enorme invloed van de context en de mogelijkheden die het geeft om onze boodschap kracht bij te zetten. Ik hoop dat u context als de ruggengraat van mijn voordracht in ieder geval wél zult herkennen.

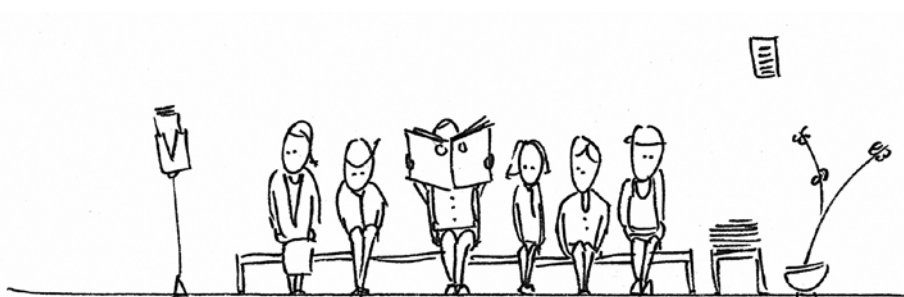
Meer specifiek wil ik u tonen hoe communicatie in de gezondheidszorg zich voltrekt binnen de context van de spreekkamer en daarbuiten, wat communicatieonderzoek ons leert of nog moet gaan ophelderen en wat goede communicatie kan bijdragen aan het bevorderen van zelfmanagement, participatie, betrokkenheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, de momenteel alom geprezen waarden in de zorg.

COMMUNICEREN IN CONTEXT

Context opereert op meerdere niveaus (Cegala, 2011): op het hoogste niveau staat context onder meer voor de cultuur waarin we leven en, meer specifiek, voor het Nederlandse

zorgsysteem dat verantwoordelijk is voor onze gezondheid en welzijn. Dit macroniveau bestuurt zorgprocessen en -organisaties en stelt ethische en financiële grenzen aan vraag en aanbod in de zorg die zich ook in de spreekkamer weerspiegelen. Dat iemand sneller geneest met uitzicht op bos of zee, oftewel in de context van een groene omgeving, is een voorbeeld van de werking van context op mesoniveau. Daaronder, op microniveau, komen we de context van een consult tegen, waar bijvoorbeeld factoren als beschikbare tijd of bekendheid met een patiënt het contact en de communicatie tussen zorgverlener en patiënt mede bepalen. Op het allerlaagste of submicroniveau tenslotte zien we de invloed van de ene communicatieve handeling op een andere, die zich bijvoorbeeld toont in het verschil in effectiviteit van medische informatie die op een persoonsgerichte en empathische manier wordt verstrekt in vergelijking tot meer zakelijke, generieke informatieoverdracht. Op dit interactieniveau spelen allerlei therapeutische processen die medebepalend zijn voor de uitkomst van iemands bezoek aan arts of verpleegkundige. Aangezien geen van deze contextfactoren uit het dagelijks leven zijn weg te denken, is het zaak ze een plek te geven in zowel onderzoek als onderwijs naar communicatie in de gezondheidszorg om zodoende zo veel mogelijk te profiteren van de positieve effecten ervan dan wel zich te beschermen tegen mogelijke negatieve invloeden.

Anno 2012 staat zelfmanagement van de patiënt centraal. Het meedenken en meebeslissen van patiënten over goede en bij hun leefomstandigheden passende zorg krijgt daarin een belangrijke plek. 'Patiënten kunnen immers uitstekend opkomen voor zichzelf', wordt wel gezegd, 'ze zijn goed geïnformeerd en weten wat ze willen'. De praktijk van alledag toont echter een meer genuanceerd beeld; patiënten blijken in de afgelopen jaren bijvoorbeeld niet meer, maar minder vragen te zijn gaan stellen aan hun huisarts (Bensing et al, 2006). Ook de boeken *Dokter is ziek* (2010) van Gonny ten Haaf met uit het leven gegrepen verhalen van zieke zorgverleners en *De mondige patiënt* van Snelders en Meijman (2009) laten zien dat mondigheid ver te zoeken is wanneer iemand ernstig ziek of bedlegerig is of moet wachten op z'n beurt (figuur 1).



Figuur 1. Illustratie uit *Waiting Room Survival Book* door Philip Lüschen www.philipluschen.nl

Mondigheid lijkt eerder iets van gezonde mensen. De context van de zorgbehoevende, afhankelijke patiënt vraagt om patiëntgerichte communicatie; alleen daarmee kan immers bij elke individuele patiënt worden achterhaald wat hij of zij nodig heeft of ontbeert. Of niet soms?

PATIËNTGERICHTE COMMUNICATIE

Als we spreken over patiëntgerichte communicatie is niet meteen duidelijk waar we het over hebben; er blijkt een wildgroei aan definities en gerelateerde begrippen. Wat deze gemeenschappelijk hebben, is het belang van een luisterend oor van de zorgverlener waarmee de zorgen, behoeften, ideeën en verwachtingen van de patiënt geëxploreerd kunnen worden en van het actief betrekken van patiënten bij de zorg en hen laten meebeslissen om zorg te kunnen bieden die het beste bij hun leefomstandigheden aansluit en daardoor de meeste kans op succes biedt. Een patiëntgerichte manier van communiceren leidt tot het minder frequent voorschrijven van medicijnen, vaker verstrekken van psychosociaal advies en meer tevreden patiënten (Margalit et al, 2004). Toch is patiëntgerichtheid niet zonder meer het antwoord op elke ineffectieve zorgverlener-patiënt-interactie. Zo toont een studie van Graugaard en Finset (2000) aan dat angstige mensen beter reageren op een meer artsgerichte communicatiestijl waarin de agenda van de arts prevaleert en er over weinig anders dan de lichamelijke klachten wordt gesproken. Recente uitkomsten van de Guliver-studie wijzen eveneens op grenzen aan patiëntgerichtheid: namelijk wanneer het stimuleren van betrokkenheid en meebeslissen een patiënt het gevoel geeft in de steek gelaten te worden (Bensing et al, 2011). Deze voorbeelden bieden mooie uitdagingen, want is niet juist het vermogen van een zorgverlener om te achterhalen bij welke patiënt, welke patiëntgerichte benadering weerklank zal vinden en bij welke niet, de ultieme doelstelling van patiëntgerichtheid?

Een specifieke vorm van patiëntgerichtheid is het op een positieve, vertrouwen-wekkende manier overbrengen van informatie. Positieve communicatie, dat wil zeggen duidelijk en tegelijk optimistisch zijn over aard en oorzaak van de klachten, blijkt onder meer samen te hangen met het verminderd voorschrijven van antibiotica (Mangione-Smith et al, 2003), het beloop van alledaagse en medisch onverklaarde klachten in gunstige zin te beïnvloeden (Fassaert et al, 2008) en de effecten van pijnbestrijding te kunnen vergroten (Benedetti, 2002). Echter, ook dit blijkt bij patiënten die somber of angstig zijn anders te werken. Voor deze patiënten helpt een luisterend oor (Van Dulmen et al, 2010) wel, maar te veel praten over emoties juist minder goed (Graugaard et al, 2003).

Funcities	Doelen	Korte termijn uitkomsten	Middellange termijn uitkomsten	Lange termijn uitkomsten
1 Contact leggen en/of relatie onderhouden	Goede en effectieve relatie	+ oogcontact * + patiënt betrokkenheid - fysiologische stressmaten	+ vertrouwen + gevoel van contact + tevredenheid met het consult	+ tevredenheid patiënt + gezondheid patiënt - stress / burnout arts
2 Informatie verzamelen	Adequate diagnose en/of interpretatie van symptomen	+ exploratief gedrag + expressie van zorgen door patiënt	+ adequate diagnose / behandelplan - aanvragen diagnostische tests - medische fouten	+ gezondheid patiënt + tevredenheid arts
3 Informatie geven	Goede informatie verschaffing	+ check begrip / exploreer eerdere kennis - gebruik van jargon	+ onthouden + begrip	- onzekerheid patiënt + autonomie patiënt
4 Beslissingen nemen	Besluiten genomen op basis van informatie en voorkeuren	+ informatie gegeven + check van waarden en voorkeuren patiënt	- twijfel over besluitvorming + tevredenheid met besluit	+ tevredenheid besluit + gezondheid patiënt
5 Bevorderen van ziekte- en behandelingsgerelateerd gedrag	Adequaat en haalbaar ziekte- en behandelingsgerelateerd gedrag	+ bespreek motivatie en effectiviteit van patiënt	+ ziektegerelateerd gedrag + therapietrouw + leefstijl ? kosten	+ gezondheid patiënt
6 Omgaan met emoties	Steunen van de patiënt, zonodig verbeteren van communicatie en verwijzing	+ exploratieve vaardigheden / gebruik stilte + expressie emoties door patiënt ? tijdsdruk	+ gevoel van steun patiënt + adequate behandeling psychopathologie	+ welbevinden patiënt - distress

* + = positieve invloed / - = negatieve invloed / ? = invloed niet eenduidig

Figuur 2. Het zes functies-model van medische communicatie (De Haes & Bensing, 2009)

Los van de geobserveerde verschillen in de uitwerking van patiëntgerichtheid, blijken ook verschillende typen patiëntgerichtheid geassocieerd te zijn met verschillende uitkomsten (Michie et al, 2003). Het is daarbij – om met De Haes en Bensing (2009) te spreken – van belang om onderscheid te maken tussen onmiddellijke, korte- en langetermijnuitkomsten (figuur 2). Onmiddellijke uitkomsten worden weerspiegeld in het observeerbare gedrag van een patiënt tijdens het consult, bijvoorbeeld de patiënt stelt aanvullende vragen in reactie op gegeven informatie. Kortetermijnuitkomsten betreffen het gedrag of de klachtbeleving van patiënten meteen na afloop van een consult en met langetermijnuitkomsten worden effecten bedoeld die nog aantoonbaar zijn enkele weken of maanden na een consult, zoals therapietrouw of kwaliteit van leven. Deze verschillende uitkom-

sten houden verband met verschillende functies van een medisch consult (zie figuur 2). Street en collega's (2009) hebben zeven paden beschreven waarlangs communicatie dergelijke effecten sorteert (Street et al, 2009). Voorbeelden daarvan zijn communicatie als brug naar zorg (de zorgverlener diagnosticeert, adviseert en verwijst), communicatie als middel om vast te stellen wat een patiënt weet en nodig heeft en communicatie ter bevordering van besluitvorming en zelfmanagement. Maar of communicatie in de praktijk daadwerkelijk zo functioneert, is afhankelijk van de setting, de patiënt, de ziekte, de tijd van de dag, de mate waarin een hulpvraag om acuut handelen vraagt, kortom, van de context waarin ze plaats heeft. Om daar achter te komen, moeten we kijken naar wat er in het contact tussen zorgverlener en patiënt gebeurt.

DE CONTEXT VAN DE ZORGVERLENER

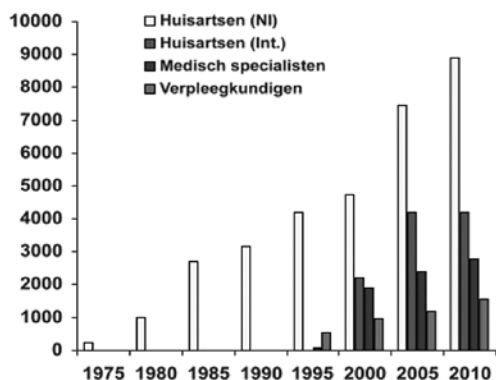
'Allemaal open deuren' wordt vaak als reactie gegeven wanneer uitkomsten van communicatieonderzoek naar buiten komen. 'Natuurlijk helpt het om patiënten goed te informeren over hun behandeling, dat weet toch iedereen!'. Inderdaad, patiënten vinden de manier waarop zorgverleners met hen omgaan nog altijd het belangrijkste bij de beoordeling van zorg (Rademakers et al, 2011) en de meesten willen te allen tijde duidelijk en volledig geïnformeerd worden (Kramer, 2011). Hoe komt het dan dat slechts een minderheid van de huisartsen die hierover onlangs door TNS Nipo ondervraagd werden (Kramer, 2011) het hiermee eens is en dat een groot deel van huisartsen-in-opleiding van mening is dat communicatie te veel aandacht krijgt in de opleiding (Van der Velden & Batenburg, 2011)? Moeten we, in reactie hierop, niet juist de gesloten deuren van de spreekkamer openen – en zeker niet de vermeende open deuren dichtgooien – en zodoende de black box van het dagelijks handelen openbreken?

Patiëntenervaringen en verslaglegging van medisch handelen worden nog altijd als betrouwbare, objectieve en valide afspiegelingen beschouwd van wat zich in de spreekkamer heeft afgespeeld. Maar wat in hun dossier staat hebben patiënten – ondanks hun inzagerecht – niet geaccordeerd. Als er staat 'ik heb patiënt informatie gegeven' betekent dit dan dat de patiënt zich geïnformeerd weet, dat hij heeft begrepen wat er aan de hand is, dat ernst en consequenties van een aandoening op de juiste wijze worden ingeschat, dat hij weet wat hem te doen staat? Is het geen klassieke communicatieve dwaling dat informeren alléén voldoende is? Zou een zorgverlener niet bijvoorbeeld standaard op het eind van een consult moeten checken of wat hij of zij in het dossier optekent, klopt met wat de patiënt heeft bedoeld? Sociale wenselijkheid en recall bias, dat wil zeggen, de mogelijke afwijking tussen een herinnering en dat wat daadwerkelijk heeft plaatsgevonden, kunnen de betrouwbaarheid van verslaglegging dus tenietdoen. Het routinematig op video opnemen van alledaagse consulten (Rushmer et al, 2011; figuur 3) en het vervolgens nauwgezet analyseren van de verbale en nonverbale communicatie die daarin plaats heeft, is een uitgelezen manier om hierover opheldering te verschaffen (Van Dulmen et al, 2012).



Figuur 3. Het op video vastleggen van een (gesimuleerd) medisch consult

Om nauwlettend te kunnen volgen wat er in de spreekkamer gebeurt, is Jozien Bensing al in 1975 op het NIVEL begonnen met het aanleggen van een unieke databank van op video opgenomen consulten tussen huisartsen en patiënten. Zij heeft mede voor dit werk in 2006 de Spinozapremie ontvangen. De databank is inmiddels uitgebreid naar andere patiëntengroepen en zorgverleners, waaronder medisch specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden, verloskundigen en apothekers. Thans hebben we een goed ontsloten en gedigitaliseerd bestand van ruim 16.000 video-opnames die onder strikte voorwaarden voor secundair onderzoek beschikbaar zijn, maar overigens nooit voor openbare vertoning (zie figuur 4).



Figuur 4. NIVEL databank communicatie in de zorg 1975-2010 (cumulatief) in aantal op video opgenomen consulten

Video-observaties geven onomstotelijk en betrouwbaar zicht op de integriteit van medisch en communicatief handelen (*treatment integrity*). Dergelijk inzicht is van groot belang. Want wanneer zorgverleners worden getraind in een bepaalde manier van communiceren en men vervolgens wil achterhalen wat de effecten van die training zijn, kun je dan zonder een blik in de spreekkamer te hebben geworpen concluderen dat eventuele effecten zijn toe te schrijven aan nieuw aangeleerd, communicatief gedrag? De context waarin een zorgverlener moet handelen, verschilt dermate van een trainingssituatie dat toepassing van het geleerde niet zonder meer gegarandeerd is. Met video-observatieonderzoek kun je minutieus nagaan of een training tot het beoogde gedrag heeft geleid. Factoren die bepalend zijn voor de zogeheten *transfer* van het geleerde naar de praktijk krijgen vooralsnog in communicatieonderzoek weinig aandacht; het project van Valerie van den Eertwegh zal hierin de komende tijd verandering aanbrengen (Van den Eertwegh et al, 2012). Het belang van aandacht voor deze *transfer* blijkt ook uit het onderzoek van Janneke Noordman naar het toepassen van motiverende gespreksvoering door praktijkondersteuners (Noordman et al, 2012); praktijkondersteuners die uitvoerig in motiverende gespreksvoering getraind zijn, blijken het geleerde in de praktijk nauwelijks te vertonen. Desondanks wordt aan dergelijke trainingen nog steeds veel geld uitgegeven in plaats van eerst na te gaan hoe de gezondheidszorgstructuur moet veranderen om implementatie te doen slagen. Dit komt wellicht omdat de beginselen van motiverende gespreksvoering – patiënten in staat stellen zelf keuzes te maken – naadloos aansluiten op de beleidsagenda van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) (2012). Overigens bepaalt ook de wijze waarop keuzeinformatie wordt verstrekt (*framing*) in belangrijke mate de uiteindelijke keuze.

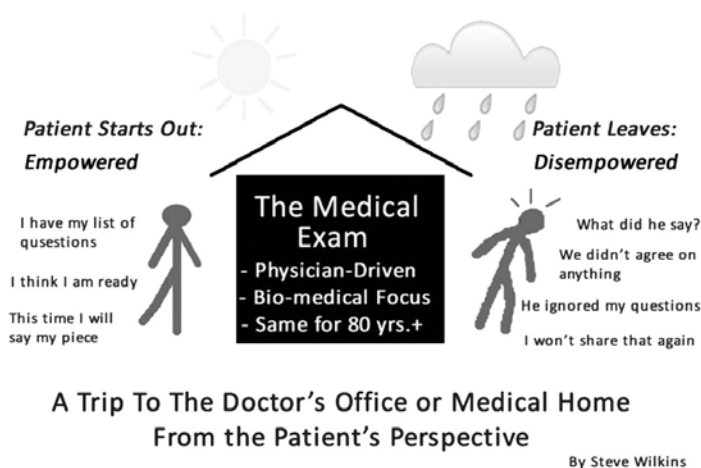
Effectieve praktijkvoering vraagt om meerdere te integreren competenties waaronder kennis, communicatievaardigheden, medisch-technische vaardigheden, probleemoplossend vermogen en het vermogen tot samenwerken (Van Spaendonck & Kraaimaat, 2006). Evelyn van Weel-Baumgarten laat met haar communicatieonderwijs aan medisch studenten in Nijmegen zien dat het geïntegreerd aanleren van dergelijke competenties haalbaar is. Conform de recent geadopteerde canMEDS competenties is namelijk een arts pas een goede arts als hij ook communicatief vaardig is. Dergelijk geïntegreerd medisch onderwijs staat bij veel medisch specialismen nog in de kinderschoenen. Dus: er is werk aan de winkel. Misschien door, net zoals in Groot-Brittannië, artsen elke vijf jaar tien video-opnames van alledaagse contacten te laten inleveren voor periodieke toetsing. Op die manier kunnen video-opnames niet alleen gebruikt worden voor onderzoek, maar bijvoorbeeld ook voor herregistraties, continu medisch onderwijs en wellicht ook voor het verkrijgen van een kwaliteitskeurmerk; zorgverzekeraars zouden er goed aan doen de meerwaarde van dergelijke opties te onderzoeken. Een daarbij behulpzame methodiek die verdere ontwikkeling behoeft, is het geven van objectieve spiegelinformatie over het communicatief handelen van een zorgverlener zoals wij inmiddels voor huisartsen, praktijkondersteuners en oncologieverpleegkundigen hebben gedaan

(Noordman et al, 2011) aangevuld met het achterhalen waarom een zorgverlener doet zoals hij doet, bijvoorbeeld door middel van *reflective practice* (Van Dulmen & van Bijnen, 2011). Gezien het belang van context loont het daarnaast om medisch studenten en arts-assistenten contextfactoren te leren identificeren om binnen die context geëigende communicatievaardigheden in te zetten.

DE CONTEXT VAN DE PATIËNT

Ook van de kant van de patiënt kunnen we een gekleurd beeld krijgen van wat zich in een contact met een zorgverlener heeft voorgedaan. De combinatie van (kwantitatieve) observatiegegevens met bijvoorbeeld (kwalitatieve) interviewgegevens kan een meer compleet en valide beeld geven van de kwaliteit van een zorgverleningsrelatie (Salmon et al, 2011). Door het zoeken van overeenstemming tussen verschillende perspectieven van bijvoorbeeld een observator, een zorgverlener en een patiënt, met andere woorden door triangulatie, kunnen de beperkingen verbonden aan een enkelvoudig perspectief geminimaliseerd worden (Gulmans et al, 2007). Dit kan op verschillende manieren worden vormgegeven.

In het onderzoek van Inge van Bruinessen gaan we bijvoorbeeld patiënten met lymfklierkanker een opnameapparaatje geven waarmee ze gedurende een jaar al hun zorgcontacten, dus een groot deel van hun zorgpad, op audio kunnen opnemen en wij door observatie van de opnames, vanuit hun gezichtspunt de zorg kunnen aanschouwen. Een voordeel voor patiënten is dat zij de opnames kunnen terugluisteren, eventueel samen met hun naasten. Dit kijken naar de zorg door de ogen van de patiënt is relevant



Figuur 5. Wat de patiënt kan overkomen

omdat chronisch zieken meerdere zorgverleners zien, erg veel informatie krijgen waarvan maar een fractie wordt onthouden (Jansen et al, 2008a) en omdat wat zij van de ene zorgverlener horen niet overeen hoeft te komen met wat zij van een ander te horen krijgen (Van Weert et al, 2003; Tromp et al, 2004). Hierdoor kan het gebeuren dat vragen van patiënten onbeantwoord blijven, patiënten niet weten waar ze aan toe zijn, zich nodeloos ongerust maken en meer verslagen de spreekkamer verlaten dan ze zijn binnengegaan (zie figuur 5). Dergelijke negatieve consequenties van miscommunicatie blijken vaker voor te komen in communicatie met allochtone, laaggeletterde of slechthorende patiënten en in tijden van emotionele of fysieke stress, omstandigheden waarin voldoende aandacht en steun juist zo belangrijk zijn.

Maar is dat ook wat patiënten willen? Volgens een recent onderzoek van Mazzi en collega's (2011) willen patiënten inderdaad primair empathisch bejegend worden; dat is in Nederland zo, maar ook in Engeland, België en Italië. Patiënten willen dat er naar hen geluisterd wordt en dat er begrip wordt opgebracht voor hun situatie en gevoelens. Behalve dat dat een wens is van patiënten, is empathie ook een communicatiestrategie die aantoonbaar – met andere woorden *evidence-based* – bijdraagt aan de gezondheid van patiënten (Di Blasi et al, 2001; Rakel et al, 2009; Derksen et al, 2012). Maar laat empathie nou net die communicatieve handeling zijn die sneuvelt door efficiëntie en tijdgebrek. En hoeveel tijd kost het feitelijk om empathie te tonen? Onderzoek van Fogarty en collega's (1999) laat zien dat een halve minuut compassie al een wereld van verschil kan maken voor een patiënt. Gesprekken waaraan 40 seconden met meelevende opmerkingen van een arts waren toegevoegd, bleken een significante vermindering van angst op te leveren in vergelijking met gesprekken zonder compassie. Daarvoor moet een arts natuurlijk wel eerst weten wat er bij de patiënt aan ongerustheid leeft. Zo eenvoudig blijkt dát nou weer niet te zijn. Onderzoek van Marvel en collega's (1999) laat namelijk zien dat in slechts één op de vier onderzochte huisartsconsulten patiënten de gelegenheid krijgen hun hulpvraag volledig te presenteren zonder interruptie van de arts. Maar als patiënten de kans krijgen hun verhaal af te maken, blijkt dat maar zes seconden méér te vergen. Dit komt omdat patiënten later in het consult vaak alsnog hun zorgen en vragen uitspreken als ze daar in eerste instantie niet de kans toe gekregen hebben. Langewitz en collega's (2002) onderzochten enkele jaren later hoeveel tijd het patiënten op een interne polikliniek aan het begin van een consult kost om te vertellen waar ze mee zitten; driekwart van de patiënten bleek zonder onderbreking binnen twee minuten uitgepraat te zijn. De behandelende artsen gaven aan in die twee minuten belangrijke informatie gekregen te hebben die ze niet hadden willen missen; de patiënt vertelde daarin bijvoorbeeld in eigen woorden de diagnose. Een luisterend oor draagt er zodoende ook toe bij dat Nederlandse huisartsen zo'n gering verwijsperscentage hebben.

Investeren in empathie lijkt de moeite waard en wordt meer en meer vanzelfsprekend naarmate meer artsen vrouw zijn, maar het vraagt ook om inzet van de patiënt. En daar gaat het nogal eens mis; patiënten uiten hun zorgen immers maar zelden expliciet

en de indirect geuite emotionele signalen (*cues*) worden door zorgverleners niet altijd opgepikt (Zimmermann et al, 2007; Kappen & Van Dulmen, 2008). Vooral bij afwezigheid van empathie (Eide et al, 2011) blijven negatieve emoties dan onnodig voortbestaan en patiënten zo door het hoofd spoken dat het het opnemen van nieuwe informatie in de weg staat (*attentional narrowing*) (Jansen et al, 2010). Een zorgverlener die een patiënt aanmoedigt, aankijkt en psychosociale vragen stelt, kan er daarentegen toe bijdragen dat patiënten hun emoties meer expliciet uiten; overwegend medisch inhoudelijke verhandelingen verhinderen dat juist (Bensing et al, 1995; Bensing et al, 2010). Dit lijkt logisch omdat medische informatie voor veel patiënten moeilijk te volgen is; 11 procent van de bevolking (Fransen et al, 2009) heeft namelijk geringe gezondheidsvaardigheden (*health literacy*) waardoor zij geschreven en gesproken informatie over ziekte en behandeling niet voldoende begrijpen, laat staan dat zij in staat zijn te handelen in het licht van wat met hen besproken is (Green et al, 2010). Dat aandacht hiervoor vereist is, blijkt ook uit de resultaten van uitgebreid dossieronderzoek dat laat zien dat hoger opgeleide patiënten met kanker anders behandeld worden dan laagopgeleiden en tevens een betere overleving hebben (Aarts et al, 2012). Een betrokken oncoloog stelt zich daarop terecht de vraag: 'Informeren we de laagopgeleiden wel goed genoeg?' (De Volkskrant, 20 juni 2012).

DE CONTEXT VAN DE INTERACTIE

Het vergroten van de regie van de patiënt lijkt anno 2012 een waar panacee; het kan zorglast verminderen, kosten besparen en de toestroom van chronisch zieken door vergrijzing beheersbaar maken. Allerlei middelen worden hiervoor uit de kast gehaald variërend van groepsconsulten tot online contacten met een zorgverlener (*e-health*). De context waarbinnen een zorgverleningscontact plaatsvindt, is belangrijk voor de uitkomst van zorg. Neem bijvoorbeeld de ziekenhuiskamer als plaats van ontmoeting. Zo'n kamer kan één- of meerpersoons zijn. Ons observatieonderzoek naar arts-patiëntcommunicatie in verschillende typen kamers leverde interessante resultaten op (figuur 6); op een eenpersoonskamer bleken patiënten meer zorgen te uiten en meer vragen te stellen en reageerden artsen meer empathisch op de patiënt (Van der Glind et al, 2008). Wetende dat patiënten, zoals ik eerder liet zien, over het algemeen erg weinig vragen stellen (Bensing et al, 2006), dat vragen stellen hen helpt om meer controle te krijgen over hun zorg en dat patiënten voor hun gezondheid en herstel gebaat zijn bij een empathische zorgverlener (Di Blasi et al, 2001; Rakel et al, 2009), loont het om te investeren in een dergelijke gezondheidsbevorderende context. Op termijn is dit door kortere opname- en ziekte-duur, betere therapietrouw en zelfzorg naar verwachting ook kosteneffectief.

Communicatievaardigheden zijn dus contextspecifiek (Baig et al, 2009). Dat betekent dat wanneer je communicatievaardigheden van zorgverleners beoordeelt, je daarin de context zou moeten meenemen. Dat dat mogelijk is, bewijst onderzoek van Geurt Essers (Essers et al, 2011). Binnen dat project hebben we gezien dat observeerbare



Figuur 6. De context van de ziekenhuiskamer; hoe het niet moet (Medisch Contact, 2008)

kenmerken in het consult maken dat een zorgverlener gerechtvaardigd afwijkt van wat communicatierichtlijnen voorschrijven; wanneer dergelijke contextfactoren niet worden meegewogen, komt het te beoordelen communicatieve gedrag als minder rooskleurig voor de dag dan gegeven de context geëigend is. We doen dus meer recht aan de capaciteiten van artsen-in-opleiding wanneer we de context waarin ze handelen meewegen. Iets dat op dit moment, nog nauwelijks gebeurt.

Groepsconsulten vormen een relatief nieuwe context waarbinnen een team van zorgverleners in 1,5 uur meerdere patiënten tegelijkertijd ziet (figuur 7). In die tijd krijgen de patiënten niet alleen informatie in antwoord op hun eigen vragen maar ook op die van medepatiënten (www.cbo.nl/gmc). Deelnemers blijken deze mogelijkheid te waarderen en er andere zaken van op te steken dan tijdens de traditionele een-op-eencontacten met hun zorgverlener (Zantinge et al, 2009; Rijswijk et al, 2010; Mejino et al, 2012). De beoogde toename in participatie tussen patiënten onderling blijft echter vooralsnog achter bij de verwachting (Noordman & van Dulmen, 2012) en dient dus gestimuleerd te worden. Ons observatieonderzoek naar groepsconsulten voor adolescenten met type 1-diabetes laat bijvoorbeeld zien dat het in 98 procent van de gevallen toch de zorgverleners zijn die op de vragen van een patiënt reageren. Wanneer zorgverleners bepaalde vragen missen, blijken andere patiënten echter wel bij te springen. Deze rol van patiënten hadden we van tevoren niet voorzien, maar heeft wel een belangrijke functie. Feitelijk creëert een groepsconsult een synchroon *face-to-face* sociaal netwerk en vergroot daar-



Figuur 7. De toegevoegde waarde van groepsconsulten (Medisch Contact, 2009)

mee de betrokkenheid en participatie van patiënten. Helemaal van deze tijd dus. Of verhoogde patiëntparticipatie ook is waar te nemen tijdens asynchrone patiënt-zorgverlener-interacties via internet, is nog weinig onderzocht. Een onderzoek van Annemijn Aarts naar de inhoud van chats op een online ivf-poli laat wel zien dat de vrees dat affectieve communicatie, dat wil zeggen het uiten en reageren op zorgen en ongerustheid van de patiënt, via internet het onderspit delft, vooralsnog ongegrond is (Aarts et al, 2012). Tijdens internetcontacten is nonverbale communicatie, zoals het hebben van oogcontact met de patiënt voor het communiceren van betrokkenheid, ter identificatie van diens psychische draaglast (Bensing et al, 1995) of van het pluis/nietpluis-gevoel (*gut feeling*), echter per definitie onmogelijk. Dit, onder andere, draagt er toe bij dat *face-to-face* zorgverlener-patiëntcontacten niet zondermeer door e-contacten vervangen kunnen worden.

Internet als context voor een zorgverleningscontact kent vele gezichten. Ict kan, via patiëntenportals, communities en dergelijke van alles, maar de belangrijkste vraag die steeds opnieuw gesteld moet worden is of de gemiddelde patiënt dat ook wil en of het meerwaarde heeft voor de kwaliteit en de uitkomst van de zorg en de communicatie daarbinnen. Onderzoek laat zien dat slechts de helft van de ondervraagde patiënten een e-consult een goed idee vindt. Dat percentage is de laatste vijf jaar niet toegenomen. Ook blijken huisartsen het enthousiasme te overschatten; zij denken dat 92 procent de mogelijkheid wel ziet zitten (Kramer, 2011). Maar volgens veel patiënten zou het te ano-

niem en te onpersoonlijk zijn. Bovendien zegt 16 procent het moeilijk te vinden klachten te omschrijven zonder dat de arts gerichte vragen stelt. Bevindingen die ons wel aan het denken moeten zetten.

Een netelige kwestie met *social media* is dat mensen zich er vaak beter op voordoen dan ze zijn, maar of dat ook geldt voor internetcontacten met zorgverleners, is niet bekend. Desondanks zet het Ministerie van vws haar troeven op e-health als ondersteuning voor zelfmanagement. Onder e-health verstaat zij 'het toepassen van ICT, internet en mobiele technologie op het gebied van gezondheid en zorg'. E-health zou bijdragen aan het versterken van de eigen regie van patiënten met een chronische aandoening door hen op afstand te monitoren of te begeleiden (Ministerie van vws, 2012). Weinig e-health interventies worden echter ontworpen als onderdeel van het zorgproces of al naar gelang de behoeften van patiënten. Het is dus maar de vraag of ze inderdaad wel de gewenste zorg bieden, de gewenste zorg aan mensen die een luisterend oor zoeken en de therapeutische waarde van empathie niet kunnen missen, aan laaggeletterden, aan patiënten die geen idee hebben wat ze mankeren, aan hen die zich ongerust maken of die uitgebreide informatie mijden omdat hen dat extra verontrust en aan patiënten die de Nederlandse taal niet machtig zijn. En hoe werkt een en ander voor patiënten die niet één maar meerdere chronische aandoeningen hebben? Over hoeveel procent van de patiënten hebben we het dan alles bij elkaar: 10 procent, 30, 75? Twee op de drie 65-plus-sers heeft meer dan één chronische ziekte (Van der Wilk & Schellevis, 2010). Dat is, anno 2012, zo'n 10 procent van de Nederlandse bevolking. In combinatie met de ongeveer één miljoen laaggeletterden in Nederland (Fouarge et al, 2011), de meesten ouder en allochtoon, kom je uit op een substantieel deel van de patiënten voor wie e-health contacten mogelijk geen uitkomst bieden. Voor hen blijft het van belang te investeren in patiëntgerichte, persoonlijke zorg en communicatie met zo nodig ondersteuning van een professionele medische tolk of naaste. In de projecten van Emma Paternotte en Margreet Ausems gaan we daarom expliciet onderzoeken wat de rol is van ethniciteit op de arts-patiëntcommunicatie op een polikliniek respectievelijk op de participatie in borstkanker erfelijkheidsonderzoek.

We doen er dus goed aan om ons te blijven afvragen of nieuwe vormen van zorgverlener-patiëntcontacten wel toegankelijk zijn voor iedereen in elke fase van een ziekte en of ze vergelijkbare kwaliteit bieden. Wanneer een onderzoek of behandeling ingrijpend is of ernst en frequentie van risico's en gevolgen hoog zijn, lijkt er immers meer nodig dan een virtueel contact. Ook al ben ik er absoluut voorstander van om zorg meer in handen van patiënten te leggen en waar mogelijk patiënten zo veel mogelijk in hun eigen omgeving, dus op afstand te begeleiden, pleit ik ook voor meer onderzoek naar de mogelijkheden, grenzen en omstandigheden, met andere woorden de context, waarbinnen dat plaatsvindt en of de therapeutische meerwaarde van het persoonlijke contact in de vorm van aandacht en een luisterend oor, hieraan niet ten onder gaat. Dit waken voor persoonsgerichte, op maat van de patiënt toegesneden informatie en aandacht

geldt ook voor de opkomst van *personalized medicine* waarbij immers niet de persoon van de patiënt maar uitsluitend diens genetische profiel bepaalt hoe er behandeld gaat worden.

Er zijn twee mogelijke oplossingen voor genoemde dilemma's betreffende de kwaliteit en toegankelijkheid van nieuwe consultvormen: a) de zorg, in dit geval dus de context, aanpassen aan de technologie, of b) technologie integreren in de zorg. Dat laatste hebben we in het onderzoek van Akke Albada gedaan (Albada et al, 2011; 2012a; 2012b) en beogen we ook met het onderzoek van Inge van Bruinessen (Van Bruinessen et al, 2012). In deze twee projecten worden adviesvragers rondom erfelijke borstkanker respectievelijk patiënten met lymfklierkanker via een op hun persoonlijk profiel afgestemde, met andere woorden, 'getailorde' website voorbereid op hun bezoek aan de zorgverlener. We doen dit enerzijds door hen meer te leren over wat hen te wachten staat, anderzijds door hun communicatievaardigheden en grip op het zorgproces te vergroten zodat zij actiever kunnen participeren en zodoende meer uit het daaropvolgende controlebezoek kunnen halen. Veelbelovende interventies die juist vanwege de inbedding in de zorg voor grote groepen patiënten toegankelijk blijken te zijn. Om onderzoek en praktijk van e-healthinterventies verder te helpen is het wel van belang om de (psychologische) werkingsmechanismen ervan nauwgezet te onderzoeken. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat het via internet communiceren met een zorgverlener toegevoegde waarde heeft juist vanwege de eerder al door Pennebaker (1997) vastgestelde therapeutische effecten van het opschrijven van je eigen klachten, zorgen of ervaringen (Wilson, 2009).

In het dichtbegroeide bos van internet moet je patiënten bij de hand nemen om te voorkomen dat ze verdwalen. Bewegwijzering is de eerste stap door als zorgverlener patiënten naar kwalitatief goede websites te verwijzen. Onderzoek bij medisch specialisten wijst uit dat slechts 16 procent van hen momenteel ongevraagd naar websites verwijst (De Groot et al, 2010). En patiënten zelf zullen daar niet zo snel om vragen. Mondigheid is immers iets van gezonde mensen. Als een ziekte langer duurt lijken mensen overigens actiever te gaan participeren (Van Bruinessen et al, 2012), maar dan nog bepaalt vooral het vertrouwen dat patiënten in een bepaald type informatiebron hebben (Muusses et al, 2011) hun voorkeur en de uiteindelijke effecten. Aanpassing van type consulten en informatiebronnen aan de persoonlijke behoeften van patiënten moet dan ook mogelijk blijven.

Geldt deze roep om flexibiliteit niet evenzeer voor de bevordering van zelfmanagement? Alvorens patiënten een deel van de verantwoordelijkheid voor hun ziekte en behandeling in handen te geven, moeten zij daarvoor eerst alle kunde en kennis in huis hebben en dienen zorgverleners af te tasten in hoeverre ze zelfzorg aankunnen. Met andere woorden, patiënten dienen geholpen te worden om een actieve rol te spelen (Elwyn et al, 2003), iets wat nu nogal eens vergeten wordt. Bovendien moeten zorgverleners wel meebewegen en dus regie (deels) uit handen durven geven. Dit vraagt veel van de wijze waarop patiënten geïnformeerd worden en van de manier waarop de zorg

ingericht moet worden; er moet altijd een oplettende geest en een luisterend oor blijven, want zelfzorg is niet zonder risico's. Als de (zelf)controle van patiënten verschuift van de spreekkamer naar de thuissituatie, moeten er ook voldoende mechanismen worden ingebouwd die zicht blijven geven op hoe de patiënt zelfzorg thuis uitvoert; de verantwoordelijkheid van de zorgverlener is immers niet begrensd door de deur van de spreekkamer. Begeleiden op de weg naar zelfzorg kan gelukkig ook op afstand via smartphones of internet, zo heeft ons onderzoek naar cognitieve gedragstherapie voor patiënten met het prikkelbaredarmsyndroom laten zien (Hunt et al, 2009; Oerlemans et al, 2011) en is eveneens aangetoond in de Noorse projecten bij patiënten met fibromyalgie en type 2-diabetes waar ik ook bij betrokken ben (Kristjansdottir et al, 2011; Nes et al, 2012). Bij dergelijke interventies zijn de voorwaarden voor het trouw opvolgen van met de zorgverlener overeengekomen behandelvoorschriften wel belangrijke aandachtspunten (Morren et al, 2009). Dat geldt eveneens voor andere vormen van therapietrouw; een onderwerp waar veel onderzoek naar gedaan is, maar wat nog weinig effectieve interventies heeft opgeleverd (Van Dulmen et al, 2007; Haynes et al, 2008). Ons onderzoek naar communicatie rondom goed medicijngebruik en therapietrouw in huisartspraktijk en apotheek laat namelijk zien dat goede communicatie geen vanzelfsprekendheid is (Schoen et al, 2008; Vervloet et al, 2009); volgens zorgverleners zelf staan gebrek aan tijd en prioriteit een goed gesprek over medicijngebruik in de weg (Van Dulmen & Van Bijnen, 2011). Om het groot aantal ziekenhuisopnames als gevolg van verkeerd medicijngebruik alsmede het overgebruik van bijvoorbeeld antidepressiva en slaapmiddelen terug te dringen, loont het echter ook in dit opzicht extra benodigde tijd voor een goed gesprek te vergoeden.

WAT TE DOEN?

Geachte toehoorders, ik heb u een en ander verteld over het belang van het investeren in communicatie in de zorg. Naar verwachting kunt u – zoals een gemiddelde patiënt – slechts zo'n kwart van de door mij gegeven informatie correct repliceren, er zijn immers grenzen aan de hoeveelheid informatie die we tot ons kunnen nemen (Ley, 1979; Jansen et al, 2008b). En heldere communicatie is gemakkelijk noch vanzelfsprekend. Maar het is niet onmogelijk, gelet op de vele goede voorbeelden in de praktijk. Gezien de voortdurende veranderingen in de context waarin zorgverlener en patiënt elkaar treffen, gezien de inherent therapeutische waarde van communicatie en gezien het belang ervan voor gezondheid en welzijn van de patiënt, moeten we voortdurend in communicatie blijven investeren, met aandacht, tijd en geld. Daarbij kunnen we voortborduren op de schat aan inzichten en kennis die hierover inmiddels vergaard is. Deze inzichten kunnen helpen zorg nog meer aan te bieden op geleide van de behoeften en mogelijkheden van de patiënt; op afstand als het kan – zoals wanneer de diagnose bekend is en ziekteverloop en behandeling enkel gemonitord hoeven te worden – dichtbij als het moet – zoals wanneer een vertrouwensrelatie nog opgebouwd moet worden of een ziekte in een stadium

belandt die om hernieuwde aandacht voor zorgen en klachten vraagt. Nieuwe, liefst samen met patiënten ontwikkelde consultvormen kunnen daarin een plek krijgen, zoals groepsconsulten via internet of de mogelijkheid voor een patiënt om op afstand te overleggen met een behandelteam (zie bijvoorbeeld www.healthbridge.nl). Van belang is om te blijven waken voor de kwaliteit van de ontmoeting – ook die tussen zorgverleners onderling – en te blijven zorgen dat zorgverlener en patiënt elkaar verstaan. Want zolang de meerderheid van de klachten die patiënten uiten over bejegening en communicatie gaan (Heijmans et al, 2010), is er werk aan de winkel. Ik wil daar graag toe bijdragen door bruggen te slaan tussen communicatieonderzoek en -onderwijs, tussen onderzoekers en zorgverleners, en tussen zorgverleners en patiënten. Daarnaast wil ik met de titel van deze rede een appel doen voor een bijdrage aan goede communicatie van elke belanghebbende in de zorg: zowel de patiënt, de zorgverlener, de subsidiegever als de beleidsmaker.

EPILOOG

*College van bestuur van de Radboud Universiteit Nijmegen
Raad van bestuur van het UMC St Radboud*

Het feit dat een universiteit een hoogleraar Communicatie in de gezondheidszorg benoemt, zegt veel over de waarde die zij aan dit onderwerp hecht. Ik ben bijzonder blij dat ik als professor juist aan deze universiteit ben benoemd; ik heb er tevens gestudeerd en ben er gepromoveerd. Het NIVEL is echter al sinds 1995 mijn belangrijkste werkplek. In dat jaar heeft professor Jozien Bensing haar oog laten vallen op mijn sollicitatiebrief en vanaf die tijd hebben wij nauw samengewerkt. Jozien, dank voor alles dat je me hebt geleerd op het terrein van onderzoek naar communicatie in de gezondheidszorg en voor je initiatief tot het instellen van deze leerstoel. Ik wil daarnaast professor Peter Groenewegen bedanken voor de ruimte en het vertrouwen dat het NIVEL mij met het instellen van deze leerstoel geeft.

Ook al werk ik al lange tijd in Utrecht, de afdeling Eerstelijns geneeskunde van UMC St Radboud heb ik na er eerder gewerkt te hebben, nooit helemaal los kunnen laten. Professor Chris van Weel heeft daarbij steeds een belangrijke en zeer gewaardeerde brug gevormd en het spijt mij dat juist in het jaar dat mijn benoeming rond is, Chris afscheid neemt als hoofd van de afdeling. Naast het NIVEL en UMC St Radboud heb ik nog een derde werkplek waar ik met veel plezier kom; Buskerud University College in Drammen, Noorwegen. Professoren Hilde en Tom Eide, met enige regelmaat ontvangen jullie mij allerhartelijkst, eerst in jullie huis in Oslo, en sinds een half jaar in Drammen. Ik kan geen betere plek bedenken om in den vreemde te vertoeven als ik met jullie mijn werkzaamheden als professor uitvoer. Ik wil vooral jou, Hilde, enorm bedanken dat je mijn Noorse professoraat mogelijk hebt gemaakt: *Takk skal du ha!*

Mijn promovendi: Janneke Noordman, Inge van Bruinessen, Hanneke Zwikker, Linda Martin, Valerie van den Eertwegh, Geurt Essers, Andrea Nes, Emma Paternotte en Esther du Pon. Ik vind het een voorrecht jullie te begeleiden op de weg naar een doctors-titel. Ik wil speciaal Janneke bedanken voor haar flexibiliteit, toewijding en bereidheid om naast haar eigen promotieonderzoek steeds weer voorkomende werkzaamheden binnen ons communicatieonderzoek snel en deskundig aan te pakken. Ook bedank ik mijn reeds gepromoveerde promovendi: Julia van Weert, Arwen Pieterse, Jesse Jansen en Akke Albada en overige communicatieonderzoekers voor de fijne contacten en inspirerende overleggen. Richard van Kruysdijk, zonder wiens videobeheer ons observatieonderzoek al die jaren niet mogelijk was geweest, bedank ik eveneens. En dan EACH, de European Association for Communication in Healthcare, de vereniging waarvoor Jozien en ik elf jaar geleden de notaris bezochten en die inmiddels een belangrijke internationale plek heeft verworven op het terrein van zowel onderzoek als onderwijs in communicatie in de gezondheidszorg. Als zogeheten permanente secretaris hoop ik daar samen met de

huidige president professor Myriam Deveugele uit Gent, nog lang mijn steentje aan te kunnen bijdragen, allereerst gericht op ons tweejaarlijkse congres dat in het najaar van 2014 in Amsterdam zal plaatsvinden (zie www.each.eu).

Lieve vrienden, familie, collega's, velen van jullie hebben mij de laatste jaren geïnspireerd en gesteund. Hopelijk blijven jullie dat ook na vandaag doen. Ik kan echter niet beloven dat ik meer tijd krijg om samen dingen te overnemen. De eerste letters van deze voordracht heb ik op papier gezet vanuit het schitterende huis aan de middellandse zee van twee bevriende familieleden. Wim en Lisa, fantastisch dat jullie ons steeds weer deze heerlijke plek gunnen om bij te komen van de dagelijkse beslommeringen.

Bijdragen aan goede zorg kan op verschillende manieren. Zo moest mijn oma van vaderskant met een hondenkar met kolen langs de deuren om naast het boerenbedrijf extra inkomsten te vergaren in de jaren dat mijn opa in het sanatorium lag en een zorgverzekering nog ver te zoeken was (het Ziekenfondsbesluit stamt uit 1941). Zij heeft, net als mijn ouders, mij doorzettingsvermogen en zorgzaamheid meegegeven. Mijn oma van moederskant doneerde al voor de Tweede Wereldoorlog elke week een stuiver aan 'onze eigen' Katholieke Universiteit, de Nijmeegse welteverstaan. Zij heeft dus feitelijk mijn pad financieel geëffend. Mijn vader en moeder en ook mijn zussen Trudy en Joske hebben mij op mijn weg naar deze plek in meerdere opzichten zowel instrumenteel als affectief gesteund. Maar het meeste nog motiveert mijn dochter Lot mij elke dag weer om de allerbeste zorg en aandacht voor patiënten te bereiken. En mijn dochter Lies zal die zorg binnen niet al te lange tijd als arts op een voortreffelijke manier zelf gaan geven. Meiden, ik ben apetrots op jullie! En tenslotte Dick, jij hebt op de dag af 25 jaar geleden voor mijn afstuderen al een naambordje laten maken met professor van Dulmen erop. Ik heb daar toen hartelijk om gelachen, maar jouw vooruitziende geest is bewaard. Fijn dat je al die jaren met me hebt meegedacht, -gelezen en -geleefd.

Ik heb gezegd.

LITERATUUR

- Aarts M. *Socioeconomic determinants of cancer risk, detection, and outcome in the Netherlands since 1990* (Proefschrift). Erasmus Universiteit Rotterdam, 2012
- Aarts JWM, Oers AM van, Faber MJ, Cohlen BJ, Nelen WLDM, Kremer JAM, Dulmen AM van. Communication at an online infertility expert forum: provider responses to patients' emotional and informational cues (*submitted*)
- Albada A, Ausems MGEM, Otten R, Bensing JM, Dulmen S van. Use and evaluation of an individually tailored website for counselees prior to breast cancer genetic counselling. *J Cancer Educ* 2011; 26: 670-681
- Albada A, Dulmen S van, Bensing JM, Ausems MGEM. A pre-visit tailored website enhances counselees' realistic expectations and knowledge and decreases information needs for breast cancer genetic counselling. *Fam Cancer* 2012a; 11: 85-95
- Albada A, Dulmen S van, Ausems MGEM, Bensing JM. A pre-visit website with question prompt sheet for counselees facilitates tailored communication in the first consultation for breast cancer genetic counseling: findings from an RCT. *Genetics in Medicine* 2012b; 14: 535-542
- Baig LA, Violato C, Crutcher RA. Assessing clinical communication skills in physicians: are the skills context specific or generalizable. *BMC Med Educ* 2009; 9: 22
- Benedetti F. How the doctor's words affect the patient's brain. *Eval Health Profes* 2002; 25: 369-386
- Bensing JM, Kerssens JJ, Pasch M van der. Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice. *J Nonverb Behav* 1995; 19: 223-242
- Bensing JM, Tromp F, Dulmen S van, Brink-Muinen A van den, Verheul W, Schellevis FG. Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped general practice consultations with hypertension patients. *BMC Fam Pract* 2006; 7: 62
- Bensing JM, Verheul W, Jansen J, Langewitz WA. Looking for trouble. The added value of sequence analysis in finding evidence for the role of physicians in patients' disclosure of cues and concerns. *Med Care* 2010; 48: 583-588
- Bensing JM, Deveugele M, Moretti F, Fletcher I, van Vliet L, Van Bogaert M, Rimondini M. How to make the medical consultation more successful from a patient's perspective? Tips for doctors and patients from lay people in the United Kingdom, Italy, Belgium and the Netherlands. *Patient Educ Couns* 2011; 84: 287-293
- Bruinessen I van, Albada A, Dijkstra J, Weel-Baumgarten E van, Dulmen S van. Barriers and facilitators in goal oriented communication experienced by patients with lymphoma cancer at all stages after diagnosis. (*submitted*)
- Cegala DJ. An exploration of factors promoting patient participation in primary care medical interviews. *Health Communication* 2011; 26: 427-436
- Derksen FAWM, Bensing JM, Lagro-Janssen ALM. The effectiveness of empathy in general practice. *BJGP* 2012 (in press)
- Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001; 357: 757-762
- Dulmen S van, Sluijs E, Dijk L van, Ridder D de, Heerdink R, Bensing J. Patient Adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 55

- Dulmen S van, Fassaert Th, Jagt L van der, Schellevis F. De relatie tussen positieve communicatiestrategieën en het beloop van alledaagse klachten. *Huisarts en Wetenschap* 2010; 53: 265-271
- Dulmen S van, Bijnen E van. What makes them (not) talk about proper medication use with their patients? An analysis of the determinants of GP communication using reflective practice. *Int J Person Centered Med* 2011; 1: 27-34
- Dulmen S van, Humphris G, Eide H. Towards a guideline for person-centered research in clinical communication; lessons learned from three countries. *Int J Person Centered Med* 2012; 2: 58-63
- Eertwegh V van den, Dulmen S van, Dalen J van, Scherpbier AJJA, Vleuten CPM van der. Learning in context; identifying gaps in research on the transfer of medical communication skills to the clinical workplace. *Patient Educ Couns* 2012 (in press)
- Eide H, Sibbern T, Egeland T, Finset A, Johannessen T, Miaskowski C, Rustøen T. Fibromyalgia patients' communication of cues and concerns: interaction analysis of pain clinic consultations. *Clin J Pain* 2011; 27: 602-610
- Elwyn G, Edwards A, Britten N. 'Doing prescribing': how doctors can be more effective. *BMJ* 2003; 327: 864-867
- Essers G, Dulmen S van, Weel C van, Vleuten C van der, Kramer A. Identifying context factors explaining physician's low performance in communication assessment. An explorative study in general practice. BMC - Fassaert Th, Dulmen S van, Schellevis F, Jagt L van der, Bensing J. Raising positive expectations helps patients with minor ailments. *BMC Family Practice* 2008; 30: 38
- Fogarty LA, Curbow BA, Wingard JR, McDonnell K, Somerfield MR. Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *J Clin Oncol* 1999; 17: 371-379
- Fransen MP, Stronks K, Essink-Bot ML. *Gezondheidsvaardigheden: Stand van zaken*. Amsterdam: UvA, 2009
- Fouarge D, Houtkoop W, Velden R van der. *Laaggeletterdheid in Nederland*. Expertisecentrum Beroeps- onderwijs, 2011
- Glind I van der, Dulmen S van, Goossens A. Physician - patient communication in single-bedded versus four-bedded hospital rooms. *Patient Educ Couns* 2008; 73: 215-221
- Graugaard PK, Finset A. Trait anxiety and reactions to patient-centered and doctor-centered styles of communication: An experimental study. *Psychosom Med* 2000; 62: 33-39
- Graugaard PK, Eide H, Finset A. Interaction analysis of physician-patient communication: the influence of trait anxiety on communication and outcome. *Patient Educ Couns* 2003; 49: 149-156
- Green CA, Perrin NA, Polen MR, Leo MC, Hibbard JH, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure for mental health. *Adm Policy Ment Health* 2010; 37: 327-333
- Groot J de, Emond Y, Wetzels W, Osch I van. Gebruik van websites over kanker bij patiëntenvoorlichting door medisch specialisten. *Ned Tijdschr Oncol* 2010; 7: 106-111
- Gulmans J, Vollenbroek-Hutten MMR, Gemert-Pijnen JEWZ, Hartem WH van. Evaluating quality of patient care communication in integrated care settings: a mixed method approach. *Int J Qual Health Care* 2007; 19: 281-288
- Haaf G ten. *Dokter is ziek; als patiënt zie je hoe zorg beter kan*. Uitgeverij Contact, 2010
- Haes H de, Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Educ Couns* 2009; 74: 287-294

- Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 16;(2): CD000011
- Heijmans M, Spreuwenberg P, Rijken M. *Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken Rapportage 2010*. Utrecht: NIVEL, 2010
- Hunt MG, Moshier S, Milonova M. Brief cognitive-behavioral internet therapy for irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther* 2009; 47: 797-802
- Jansen J, Weert J van, Meulen N van der, Dulmen S van, Heeren Th, Bensing J. Recall in older cancer patients: Treatment information and recommendations. *The Gerontologist* 2008a; 48: 149-157
- Jansen J, Butow Ph, Weert J van, Dulmen S van, Devine Rh, Heeren Th, Tattersall M, Bensing J. Does age really matter? Recall for medical information in cancer patients. *J Clin Oncol* 2008b; 26: 5450-5457
- Jansen J, Weert J van, de Groot J, Dulmen S van, Heeren T, Bensing J. Emotional and informational patient cues: the impact of nurses' responses on recall. *Patient Educ Couns* 2010; 79: 218-224
- Kappen T, Dulmen S van. General practitioners' responses to the initial presentation of medically unexplained symptoms: a quantitative analysis. *BioPsychoSocial Med* 2008, 2: 22
- Kristjansdottir OB, Fors E, Erlend E, Finset A, van Dulmen S, Wigers SH, Eide H. Written situational feedback via mobile phone to support self-management of chronic widespread pain: a usability study of a web based intervention. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2011; 12: 51
- Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimann S, Wössmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ* 2002; 325: 682-683
- Ley P. Memory for medical information. *Br J Soc Clin Psychol* 1979; 18: 245-255
- Kramer P. *De huisarts-patiëntrelatie anno 2011*. TNS NIPO 2011
- Mangione-Smith R, Stivers T, Elliott M, McDonald L, Heritage J. Online commentary during the physical examination: a communication tool for avoiding inappropriate antibiotic prescribing? *Soc Sci Med* 2003; 56: 313-320
- Margalit APA, Glick SM, MD, Benbassat J, Cohen A. Effect of a biopsychosocial approach on patient satisfaction and patterns of care. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 485-491
- Marvel K, Epstein R, Flowers K, Beckman H. Soliciting the Patient's Agenda. Have We Improved? *JAMA* 1999; 281: 283-287
- Mazzi MA, Bensing J, Rimondini M, Fletcher I, Vliet L van, Zimmermann C, Deveugele M. How do lay people assess the quality of physicians' communicative responses to patients' emotional cues and concerns? An international multicentre study based on videotaped medical consultations. *Patient Educ Couns* 2012 (in press)
- Mejino A, Noordman J, Dulmen S van. Shared Medical Appointments for children and adolescents with type 1 Diabetes Mellitus: perspectives from healthcare providers, patients, and parents. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 2012; 3: 75-83
- Michie S, Miles J, Weinman J. Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Educ Couns* 2003; 51: 197-206
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsagenda 2012
- Morren M, Dulmen S van, Ouwkerk J, Bensing J. Compliance with momentary pain measurement using electronic diaries: A systematic review. *Eur J Pain* 2009; 13: 354-365

- Muusses L, van Weert J, Jansen J, van Dulmen S. Chemotherapy and information-seeking behaviour. Predicting mass media information source usage. *Psychooncology* 2012 (in press)
- Nes A, Dulmen S van, Eide E, Finset A, Kristjánsdóttir OB, Steen IS, Eide H. The development and usability of a web-based intervention with diaries and situational feedback via smartphone to support self-management in patients with diabetes type 2. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2012 (in press)
- Noordman J, Verhaak P, Dulmen S van. Web-enabled video-feedback: a method to reflect on the communication skills of experienced physicians. *Patient Educ Couns* 2011; 82: 335-340
- Noordman J, Dulmen S van. Shared Medical Appointments marginally enhance interaction between patients; an observational study on children and adolescents with type 1 diabetes (*submitted*)
- Noordman J, Lee I van der, Nielen M, Weijden T van der, Dulmen S van. Motivational interviewing in general practice; practice nurses lifestyle communication during prevention consultations (*submitted*)
- Oerlemans S, Van Cranenburgh O, Herremans P-J, Spreeuwenberg P, Van Dulmen S. Intervening on cognitions and behaviour in irritable bowel syndrome: a feasibility trial using PDAs. *J Psychosom Res* 2011; 70: 267-277
- Pennebaker JW. Writing about emotional experiences as a therapeutic tool. *Psychol Sci* 1997; 8: 162-166
- Rademakers J, Delnoij D, Boer D de. Structure, process or outcome: which contributes most to patients' overall assessment of healthcare quality? *BMJ Quality Safety* 2011; 20: 326-331
- Rakel DP, Hoeft TJ, Barrett BP, Chewning BA, Craig BM. Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Fam Med* 2009; 41: 494-501
- Rijswijk C, Zantinge E, Seesing F, Raats I, Dulmen S van. Comparison between individual appointments and shared medical appointments with children with diabetes type I on topics raised and discussed. *Patient Educ Couns* 2010; 79: 351-355
- Rushmer R, Themessel-Huber M, Coyle J, Humphris G. Is the routine recording of primary care consultations possible... and desirable? Lessons for researchers from a consultation with multiple stakeholders. *Patient Educ Couns* 2011; 82: 247-253
- Salmon P, Mendick N, Young B. Integrative qualitative communication analysis of consultation and patient and practitioner perspectives: towards a theory of authentic caring in clinical relationships. *Patient Educ Couns* 2011; 82: 448-454
- Schoen T, Dulmen S van, Dijk L van, Prins M. *Het betrekken van het perspectief van patiënt en voorschrijver bij het verbeteren van de communicatie over geneesmiddelen en therapietrouw*. Utrecht: NPCF/NIVEL, 2008
- Snelders S, Meijman F. *De mondige patiënt - Historische kijk op een mythe*. Bert Bakker, 2009
- Spaendonck K van, Kraaimaat F. *Communicatie in de medische praktijk*. Nijmegen: Afdeling Medische Psychologie, UMC St Radboud, 2006
- Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns* 2009; 74: 295-301
- Tromp F, Dulmen S van, Weert J van. Interdisciplinary preoperative patient education in cardiac surgery. *JAN* 2004; 47: 1-11
- Velden LFJ van der, Batenburg RS. *De opleiding tot huisarts opnieuw beoordeeld: een onderzoek onder huisartsen in opleiding en alumni*. Utrecht: NIVEL, 2011

- Vervloet M, Dijk L van, Schoen T, Dulmen S van. *Het betrekken van perspectief van patiënt en voorschrijver bij het verbeteren van de communicatie over het (trouw) gebruik van cholesterolverlagers*. Utrecht: NIVEL, 2009
- Weert van JCM, Dulmen van AM, Bär P, Venus E. Multidisciplinary preoperative patient education in cardiac surgery. *Patient Educ Couns* 2003; 49: 105-114
- Wilk EA van der, Schellevis FG. Multimorbiditeit en aanbod van zorg. In: Luijben AHP, Kommer GJ (red.). *Tijd en toekomst; deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2010
- Wilson EV (ed.). *Patient-centered e-health*. Arizona State University, USA, 2009
- Zantinge EM, Seesing FM, Tol FE, Raats CJI, Dulmen AM van. Ervaringen van patiënten en zorgverleners met het Gezamenlijk Medisch Consult. *NTvG* 2009; 153: A828
- Zimmermann C, Piccolo L del, Finset A. Cues and concerns by patients in medical consultations: a literature review. *Psychol Bull* 2007; 133: 438-463

